

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 90

Travail de la Clinique Obstétricale de M. le Professeur VORON

Six Observations d'Albuminurie
accompagnée de rétention chlorurée
au cours de la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert BROCHIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 12 Septembre 1908, à NIMES, (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

**SIX OBSERVATIONS D'ALBUMINURIE
ACCOMPAGNÉE DE RÉTENTION CHLORURÉE
AU COURS DE LA GROSSESSE**

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année Scolaire 1931-1932 N° 90

Travail de la Clinique Obstétricale de M. le Professeur VORON

Six Observations d'Albuminurie
accompagnée de rétention chlorurée
au cours de la grossesse

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ de MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 12 Décembre 1931

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert BROCHIER

Elève de l'Ecole du Service de Santé Militaire

Né le 12 Septembre 1908, à NIMES, (Gard)



LYON

BOSC Frères, M. et L. RIOU

IMPRIMEURS-ÉDITEURS

1931

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	M. L. HUGOUNENQ
Doyen	M. J. LEPINE
Assesseur	M. ROLLET

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CAZENEUVE, ROQUE, LANNOIS, HUGOUNENQ, ROCHET, BARRAL.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. PIC
Cliniques chirurgicales	PAVIOT
Clinique obstétricale et Accouchements	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	VORON
Clinique neurologique et psychiatrique	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILIARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie	COLLET
Clinique et prophylaxie de la tuberculose	GAYET
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	NOVE-JOSSERAND
Chimie biologique et médicale	COURMONT
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie	MANCEAU
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie externe	POLICARD
Pathologie interne	DOYON
Pathologie et Thérapeutique générales	LERICHE
Anatomie pathologique	FROMENT
Chirurgie opératoire	CADE
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	FAVRE
Médecine légale	FATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique	Etienne MARTIN
Pharmacie et Pharmacologie	ROCHAIX
Hydrologie thérapeutique et climatologie	SAVY
	LEULIER
	PIERY

PROFESSEUR TITULAIRE SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Propédeutique de gynécologie M. CONBAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique	MM. THEVENOT (Léon)
Puériculture et hygiène de la première enfance	RHENTER
Chirurgie expérimentale	TAVERNIER
Applications du radium	NOGIER
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	NOEL	ROCHET (Ph.)	CHAMBON
RHENTER	DUMAS	WERTHEIMER	CIBERT
MAZEL	DUFOURT	GATE	EPARVIER
SANTY	DEVIC	BERNHEIM	GUILLEMINE
CHALIER (André)	GABRIELLE	DECHAUME	MORENAS
CHALIER (Joseph)	MARTIN (Joseph)	POLLOSSON	REBATTU (Ch.)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VORON, *président*; RHENTER, *assesseur*;
POLLOSSON et EPARVIER, *agregés*.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



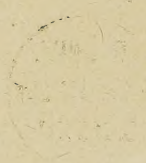
A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de profonde affection
et d'infinie reconnaissance.

AUX MIENS

A MES AMIS



A MONSIEUR LE PROFESSEUR VORON
Professeur de Clinique Obstétricale

Nous le prions d'agréer nos respectueux remerciements pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre jury de thèse et pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service.

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PIGEAUD

Chef de Clinique Obstétricale

Nous sommes heureux de lui dire ici notre bien vive gratitude pour l'intérêt qu'il nous a témoigné. Nous lui devons le sujet de cette thèse. Qu'il veuille bien nous permettre de lui offrir l'hommage de notre sincère reconnaissance pour l'aide qu'il nous a apportée dans l'élaboration de ce travail.

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

SIX OBSERVATIONS D'ALBUMINURIE
ACCOMPAGNÉE DE RÉTENTION CHLORURÉE
AU COURS DE LA GROSSESSE

CHAPITRE PREMIER

En cherchant, dans les ouvrages classiques, à se faire une idée de ce qu'est l'albuminurie gravidique (pour employer un terme écrit partout), on acquiert assez rapidement des notions très simples sur cette importante question. On est séduit particulièrement par cette idée, qui est la conclusion de beaucoup d'auteurs classiques, à savoir que : en dehors des albuminuries dues à des néphrites chroniques préexistantes à la grossesse, les albuminuries constatées au cours de la gestation sont habituellement sous la dépendance d'une intoxication gravidique ; l'origine de cette intoxication devant être recherchée soit dans l'existence du fœtus lui-même, soit dans celle de l'œuf tout entier.

Mais, lorsqu'on suit assidûment les services d'obstétrique et qu'on est appelé à examiner des femmes albuminuriques, soit après leur accouchement, soit au contraire au cours de leur grossesse, pendant le séjour quelquefois prolongé qu'elles font à l'infirmerie, on

est étonné de voir combien les notions théoriques que l'on possédait s'appliquent mal à la réalité, et combien complexe apparaît dans la pratique cette question des albuminuries au cours de la puerpéralité, alors qu'elle semble relativement simple dans les précis mis à la disposition des étudiants.

Pendant nos stages à la clinique, et plus tard, en suivant le service, nous avons eu l'occasion, personnellement, de voir plusieurs femmes ayant présenté une albuminurie importante à un moment quelconque de leur gestation et, ces faits nous ayant très vivement intéressé, nous avons demandé à M. le Professeur Voron de bien vouloir nous autoriser à étudier ces observations pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Aujourd'hui, lorsqu'une femme se présente aux consultations de grossesse, le plus souvent vers le 6^e mois de sa gestation, et que l'examen systématique des urines montre la présence d'un disque d'albumine, l'accoucheur ne peut plus, comme il semble que c'était la règle autrefois, se contenter de ce seul symptôme pour cataloguer la malade dans ce groupe des albuminuries gravidiques et déduire de cette classification une thérapeutique toujours unique.

Des examens complémentaires doivent être aussitôt mis en œuvre. La première chose à faire est de savoir s'il s'agit d'une albuminurie d'origine rénale, ou au contraire d'une albuminurie traduisant la présence de pus dans l'appareil urinaire.

L'examen de très nombreuses femmes, pratiqué tant

aux consultations qu'à l'infirmerie de la clinique, nous a permis de nous rendre compte (et ceci a pu être fait grâce au concours apporté à la clinique par M. Fouillouze, pharmacien-chef de la Charité) que l'albuminurie symptomatique d'une pyurie est toujours très légère et ne dépasse jamais le chiffre de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 0/00.

Toutes les fois donc que le taux de l'albuminurie est supérieur à ce chiffre de 0 gr. 30 0/00, on est autorisé à conclure, de ce seul fait, que le rein est lésé, et que l'albuminurie témoigne d'un trouble plus ou moins profond de la filtration au niveau du parenchyme rénal.

Il en résulte que, *dans tous les cas où il y a du pus dans les urines*, un simple dosage de l'albumine urinaire permet de dire si le rein est intéressé, ou s'il ne l'est pas.

En effet, et il s'agit là d'une notion assez récente, le rein est souvent atteint au cours des suppurations de l'arbre urinaire. La présence de colibacilles dans le bassinet paraît capable de retentir sur le rein pour déterminer des troubles plus ou moins graves. Il s'agit en général de simples troubles fonctionnels d'ordre sans doute congestif. Mais, dans les cas d'infections sévères, ils peuvent traduire l'existence d'une véritable néphrite chronique d'origine ascendante.

Par conséquent, chez toute une catégorie de femmes qui présentent de l'albuminurie au cours de leur grossesse, un examen complet d'urines, tant au point de vue chimique que bactériologique, permet de dire s'il existe ou non une pyélonéphrite. Or, ce qui va faire la gravité de cette pyélonéphrite, en dehors de phéno-

mènes infectieux pouvant tenir à une véritable septicémie à colibacilles, c'est justement le degré de l'atteinte rénale qui, dans une certaine mesure, sera traduite par le taux de l'albuminurie.

En dehors de ces cas, qu'il faut examiner bien attentivement pour pouvoir les classer et les traiter, il en est d'autres très nombreux, dans lesquels aucun signe de pyélonéphrite n'existe. Il s'agit d'une albuminurie manifestement indépendante de tout processus infectieux.

Dans ce groupe, on peut voir en premier lieu, et c'est semble-t-il le cas le plus fréquent, des albuminuries qui ne sont accompagnées d'aucun autre symptôme. Le taux en reste modéré. Elles disparaissent d'une manière absolue et définitive aussitôt après l'accouchement.

Dans ces cas, lorsque les femmes sont traitées correctement, mises à un régime approprié, et surtout obligées au repos, les complications sont véritablement exceptionnelles. Il semble donc que l'on soit en droit d'isoler, dans le groupe des albuminuries au cours de la grossesse, toute une série d'albuminuries bénignes, qui demandent certes une surveillance attentive, mais qui, pratiquement, ne sont diagnostiquées que parce qu'on les recherche, et sont à peu près sans influence sur la marche de la grossesse et sur la vie de l'enfant. L'origine de semblables faits est difficile à préciser, mais il paraît logique de penser qu'il peut y avoir, en dehors des albuminuries d'origine rénale, d'autres albuminuries qui ont pour cause les modifications

physiques de la constitution du sérum des femmes enceintes. La gravidité paraît susceptible de modifier la structure de la molécule « albumine » et provoquerait ainsi des albuminuries dont on pourrait dire, si cette hypothèse était vérifiée, qu'elles sont presque physiologiques.

Par ailleurs, il est des cas où l'albuminurie est accompagnée d'un certain nombre d'autres symptômes qui permettent en partie d'en apprécier la nature et d'en mesurer la gravité.

Ce sont ces cas qui offrent le plus d'intérêt et ce sont les seuls dont nous allons parler maintenant.

Il s'agit de femmes repérées aux consultations de grossesse et que l'importance des phénomènes pathologiques qu'elles présentent conduit à hospitaliser dans les infirmeries de maternités.

Chez certaines d'entre elles, l'examen montre, d'emblée, l'existence d'un syndrome prééclamptique typique. D'autres, malgré un début moins dramatique, se signalent à l'attention : soit par le taux très haut de l'albuminurie (plusieurs grammes) associée en général à l'existence d'œdèmes importants, soit par la constatation d'une augmentation du taux de l'urée dans le sérum.

On peut donc, étant donné une malade qui présente une albuminurie massive au cours de la grossesse, essayer de la classer dans une catégorie spéciale du fait des symptômes associés à cette albuminurie. Suivant la classification de Widai et de ses élèves, on peut distinguer des albuminuries avec chlorurémie, des albuminuries avec hypertension, des albuminuries avec

hyperazotémie. Mais, chez les femmes enceintes cette classification est rendue très difficile pour les raisons suivantes : Au cours de la gestation on voit des malades dont les accidents peuvent être rapportés à une néphrite chronique de date ancienne. On en voit d'autres qui ne présentaient pas d'albuminurie au début de la grossesse, mais dans les antécédents desquelles on retrouve une maladie infectieuse susceptible d'avoir lésé le rein, et on apprend, en les interrogeant, qu'elles se souviennent d'avoir été traitées pour une albuminurie transitoire, plus ou moins longtemps avant leur puerpéralité. Ces faits conduisent donc à penser que, sans néphrite chronique vraie, ces malades présentaient un léger degré de déficience rénale latente, mise en évidence par la grossesse.

D'autres malades enfin, paraissent ne rentrer dans aucune des deux catégories précédentes et les accidents présentés au cours de leur gestation sont la première manifestation pouvant faire songer à une atteinte des fonctions rénales.

Ces notions étiologiques expliquent que dans une certaine mesure le tableau clinique qui accompagne les albuminuries au cours de la grossesse soit beaucoup moins net et moins tranché que celui décrit par Widal à propos des néphrites chroniques ordinaires.

Malgré tout, en relisant des observations prises correctement, en essayant de mettre en œuvre le plus grand nombre possible de recherches de laboratoire, en essayant de suivre les malades après leur sortie de l'hôpital, on voit qu'une classification est possible et que, sans préjuger de la nature des lésions rénales,

sans être capable de dire s'il s'agit de lésions organiques ou simplement congestives passagères (puisque le contrôle anatomique fait complètement défaut), en se basant uniquement sur des symptômes observés avec soin, on peut distinguer chez les albuminuriques au cours de la gestation :

- 1° *des albuminuries avec œdèmes,*
- 2° *des albuminuries avec hypertension,*
- 3° *des albuminuries avec hyperazotémie.*

Il existe des formes mixtes, mais il est en général assez facile de trouver un symptôme dominant qui permette cependant de classer les malades.

Cette classification présente un intérêt considérable: D'abord, au point de vue de la pathogénie des accidents observés au cours de la grossesse mais aussi (et ceci paraît d'une grande importance immédiate) au point de vue du pronostic, que l'étude de ces symptômes va peut-être permettre de porter tant pour la mère que pour l'enfant. Il est bien évident en outre que seule l'analyse complète des symptômes associés à l'albuminurie sera à la base de la thérapeutique qu'il faudra instituer.

Dans l'ensemble des albuminuries graves observées chez les femmes enceintes, nous avons essayé d'isoler une série de cas pouvant être rangés dans le groupe des albuminuries avec rétention chlorurée.

Pour cela, nous avons éliminé toutes les malades ayant présenté de l'hyperazotémie et toutes celles chez qui la constatation d'une hypertension importante a donné à ce symptôme le premier pas dans la scène clinique.

Nous avons gardé les cas dans lesquels un léger degré d'hypertension s'est manifesté en plus de la rétention chlorurée, cette dernière subsistant au premier plan, et ayant été suffisante pour permettre sans hésitation d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une forme chlorurémique.

Nous possédons six observations bien complètes. Nous allons voir, après les avoir exposées, quels sont les accidents qui ont été observés chez les mères, quelle a été l'évolution de la grossesse, et aussi ce qu'il est advenu de l'enfant.

Ces observations ont été recueillies à l'infirmerie de la Clinique obstétricale par M. Pigeaud, qui a bien voulu nous les confier pour ce travail.

CHAPITRE II

Observations

OBSERVATION I

(Obs. clin. 499, mai 1931)

Pas de néphrite préexistant à la gestation.

Apparition de l'albuminurie et des œdèmes au voisinage du terme. Légère hypertension. Pas d'hyperazotémie.

Accouchement à terme. Enfant normal qui meurt au cours d'une extraction laborieuse.

Amélioration des symptômes après l'accouchement. Persistance d'une albuminurie légère à la sortie du service.

Mme V..., âgée de 19 ans, ouvrière, rentre dans le service pour albuminurie sévère de la grossesse, de type chlorurémique, avec œdèmes.

La malade ne présente pas d'antécédents héréditaires. Elle a été nourrie au sein. Elle a été réglée à 14 ans.

Primipare.

Les dernières règles datent du 28 juillet 1930.

La date probable de l'accouchement est le 7 mai 1931.

Elle est parvenue au terme de sa grossesse.

Elle présente assez fréquemment des maux de rein et des vomissements.

A l'examen : on note des varices de la vulve, une présentation en O. I. G. A. avec tête fixée.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

Le 12 mai : Une albuminurie apparaît brusquement au taux de 4 grammes 0/00.

On constate en outre un volumineux œdème des jambes, gardant le godet, le faciès est bouffi, les paupières œdématisées.

Le 13 mai : B.-W. négatif.

Urée sanguine 0 gr. 30 0/00

Tension 16/11

Diurèse 1.800 gr.

Albuminurie 4 gr. 0/00

Le 16 mai : La malade présente un syndrome chlorurémique très net, sans augmentation de l'urée sanguine.

La tension paraît se fixer à 16/10.

Diurèse 2.400 gr.

Albuminurie 2 gr. 0/00

Une saignée et la diète hydrique ont nettement amélioré la situation.

17 mai :

Tension 16/11

Diurèse 2.400 gr.

Albuminurie 3 gr. 0/00

19 mai :

Tension 14/9

Diurèse 2.200 gr.

Albuminurie 2 gr. 0/00

20 mai : ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté le 18 mai, à 6 heures du matin. La dilatation n'est complète que le 20, à 9 h. 10. Mais les membranes se sont rompues dès le 9, à 13 heures. Le liquide amniotique est verdâtre, abondant, méconial à la fin.

L'engagement a lieu le 20 mai, à 9 h. 15.

On fait une dilatation manuelle du col et une application de forceps dans l'excavation.

Le dégagement se fait en occipito sacré.

L'accouchement est terminé à 9 h. 30.

L'enfant naît flasque, pâle, et ne peut être ranimé. Il meurt. On trouve à l'autopsie une hémorragie méningée.

L'enfant pesait 3.600 grammes.

La sortie du délivre a lieu à 10 heures. L'extraction du placenta se fait par refoulement. Il pèse 650 grammes. Il présente des infiltrations calcaires sur la face maternelle et trois infarctus de petit volume.

La perte sanguine peut être évaluée à 700 grammes.

21 mai : La tension est tombée à 10/7.

La diurèse est montée à 3.000 grammes.

L'albumine subsiste à 1 gr. 80 0/00.

On observe une disparition complète des œdèmes.

23 mai : Tension 13/8 ; albuminurie 0 gr. 25 0/00.

30 mai : Tension 12/6 ; albuminurie 0 gr. 30 0/00.

6 juin : Tension 12/6 ; nuage d'albumine.

8 juin : Tension 11/7 ; nuage d'albumine.

10 juin : L'état général est excellent.

La malade prend du poids.

Il subsiste dans ses urines un léger disque d'albumine.

OBSERVATION II

(Obs. clin. 152, février 1931)

Pas de néphrite antérieure à la grossesse. Apparition de l'albuminurie et des œdèmes au 7^e mois. Légère hypertension, pas d'hyperazotémie.

Pas d'accidents graves du côté de la mère.

Accouchement quinze jours avant terme d'un enfant petit, mais vigoureux, sorti vivant du service.

Persistance de l'albuminurie un mois après l'accouchement.

Mme C..., âgée de 19 ans, enceinte de huit mois, entre dans le service le 17 janvier 1931 pour *albuminurie gravidique à forme grave, de type chlorurémique.*

Père et mère en bonne santé.

Un frère mort à 20 ans de méningite cérébrospinale.

Deux sœurs bien portantes.

Nourrie au sein maternel.

Réglée à 15 ans et régulièrement depuis.

Primipare.

Les dernières règles datent du 15 mai 1930.

La date probable de l'accouchement est le 25 février 1931.

Le 14 janvier 1931 : Elle va consulter son médecin parce que :

Dés œdèmes volumineux sont apparus à la face et aux jambes.

Ils augmentent sans arrêt depuis une semaine.

Présence d'albumine dans les urines.

Pas de céphalées ; pas de troubles visuels.

17 janvier 1931 : Le Docteur Gaucherand fait entrer la malade à l'infirmerie. L'examen montre une bouffissure très marquée de la face.

Œdème gardant le godet au niveau des membres inférieurs.

Gros œdème vulvaire avec ulcération.

Tension 15/9

Albuminurie 7 gr. 0/00

Présentation en O. I. D. P.

Les bruits du cœur sont nettement perçus.

	Tension	Albuminurie	Diurèse	
18 janvier :	14/10	4 gr. 0/00		
19 janvier :	15/10	11 gr. 0/00	700 gr.	
20 janvier :	15/10	9 gr. 0/00	700 gr.	
21 janvier :	15/10	9 gr. 0/00	800 gr.	
22 janvier :	15/10	7 gr. 0/00	700 gr.	
23 janvier :	14/9	6 gr. 0/00	700 gr.	urée san-
				guine 0 gr. 50 0/00
25 janvier :	14/9	5 gr. 0/00	500 gr.	
26 janvier :	14/9	5 gr. 0/00	700 gr.	
				Poids
28 janvier :	15/9	7 gr. 0/00	750 gr.	60 kg. 700
29 janvier :	15/10	4 gr. 0/00	750 gr.	59 kg. 800
30 janvier :	15/9	3 gr. 0/00	800 gr.	57 kg. 400
31 janvier :	16/11	3 gr. 0/00	800 gr.	57 kg. 600
1 ^{er} février :	15/10	3 gr. 0/00	800 gr.	57 kg. 600
2 février :	15/10	3 gr. 0/00	800 gr.	57 kg. 400
3 février :	15/10	6 gr. 0/00	1.500 gr.	56 kg. 400
4 février :	14/9	4 gr. 0/00	1.800 gr.	56 kg. 900
5 février :	14/9	2 gr. 0/00	1.800 gr.	57 kg.
6 février :	14/9	2 gr. 0/00	1.700 gr.	57 kg.
7 février :	14/9	3 gr. 0/00	1.800 gr.	57 kg. 400
9 février :	14/9	3 gr. 0/00	1.700 gr.	57 kg. 800

11 février : ACCOUCHEMENT.

Les douleurs ont débuté hier, 10 février, à 14 h. 30.
 La rupture des membranes a lieu le 11 février, à 8 h. 30.
 Le liquide amniotique est clair.
 La dilatation est complète à 10 h. 45.
 Le dégagement se fait en occipito pubienne.
 L'accouchement est terminé à 11 h. 05.
 La dilatation a duré 20 h. 15.
 L'expulsion a duré 20 minutes.
 L'ensemble de l'accouchement 20 h. 35.

Le délivre est extrait par refoulement à 11 h. 45.

La perte sanguine est normale.

La délivrance a duré 40 minutes.

L'enfant, vigoureux, de sexe féminin, pèse 1.650 gr.

Le placenta pèse 330 grammes. Il présente un infarctus blanc sur la face maternelle et un foyer hémorragique récent.

12 février : Dès le lendemain de l'accouchement, le taux de l'albuminurie, qui persistait jusqu'à aujourd'hui aux environs de 3 à 4 gr. 0/00, tombe à 0 gr. 10. Il tombera à 0 vingt jours après l'accouchement.

Tension : 13,5/8.

Les œdèmes disparaissent. Le gros œdème vulvaire, tendu et douloureux, s'est sphacélé. La plaie est en bonne voie de guérison.

16 février :

Tension 13/6

Albuminurie 0 gr. 20 0/00

17 février :

Albuminurie 0 gr. 10 0/00

La plaie vulvaire s'est cicatrisée.

La température est à 37°.

L'état général est bon.

23 février :

Tension 13/6

Albuminurie 0 gr. 20 0/00

27 février : La malade part chez elle.

Elle pèse 45 kilogs.

L'albuminurie persiste au taux de 0 gr. 10 0/00.

11 avril : La malade, qui était sortie du service, revient se montrer.

Elle a conservé un état général excellent.

Les œdèmes ont complètement disparu.

Il n'y a aucune séquelle de l'œdème vulvaire qui s'était sphacélé.

Pas de troubles fonctionnels.

Néanmoins, un dosage d'albumine dans les urines a montré un taux de 0 gr. 75 0/00.

Tension 11,5/7,5

L'enfant pèse 2.650 grammes. Il est nourri au sein. Le jour de sa naissance il pesait 1.650 grammes. Il s'est élevé normalement et pesait 1.750 grammes lors de la sortie du service, au 17^e jour.

OBSERVATION III

Pas de néphrite antérieure à la gestation.

Début de l'albuminurie et des œdèmes au sixième mois.

Pas d'hyperazotémie. Pas d'hypertension nette. Eclampsie.

Amaurose transitoire.

Mort du fœtus in utéro.

Accouchement à terme d'un enfant macéré.

Persistance de l'albuminurie pendant plusieurs mois.

Insuffisance thyroïdienne manifeste.

Mme M..., primipare.

Appendicectomie en 1926.

Pas d'antécédents héréditaires, collatéraux, ni personnels.

Les dernières règles datent du 17 décembre 1927.

La date probable de l'accouchement est le 24 septembre 1928.

La malade entre à l'infirmerie le 14 septembre 1928.

Volumineux œdème des membres inférieurs s'étendant jusqu'aux grandes lèvres. Ces œdèmes sont apparus en juin.

La température est à 37°6.

Troubles visuels intenses : amaurose.

Clignotement des paupières caractéristique de la prééclampsie.

Depuis deux jours : céphalées, vomissements.

On pratique un lavage d'estomac et on laisse 4 grammes de chloral avant de retirer le tube de Faucher.

Saignée de 700 grammes.

Lavement purgatif.

Dans la nuit, on fait prendre à nouveau 4 grammes de chloral.

L'examen pratiqué à l'entrée (14 septembre 1928) donne les résultats suivants :

14 septembre :

Tension	14/9
Albuminurie	3 gr. 0/00
Urée sanguine.....	0 gr. 45 0/00

Les bruits du cœur sont nettement perçus.

16 septembre :

Diurèse	1.800 gr.
Albuminurie	3 gr. 0/00

17 septembre :

Diurèse	1.500 gr.
Albuminurie	6 gr. 0/00
Tension	14/9

Les bruits du cœur fœtal ne sont plus perçus.

L'examen oculaire montre l'existence d'hémorragies rétiniennes à droite, paraissant devoir être rapportées à l'albuminurie.

L'amaurose a duré 24 heures après l'entrée de la malade dans le service.

18 septembre :

Diurèse	2.000 gr.
Albuminurie	2 gr. 0/00

19 septembre : ACCOUCHEMENT.

Diurèse	1.800 gr.
Albuminurie	3 gr. 0/00

Les douleurs débutent à 15 heures.

L'examen montre un ventre étalé et un utérus médian, dont le fond est à 27 centimètres au-dessus du pubis.

Il s'agit d'une présentation du sommet.

Les bruits du cœur foetal ne sont pas perçus.

Rupture artificielle des membranes à 16 h. 30, afin d'accélérer le travail.

A ce moment, le col est dilaté à 3 centimètres.

Le liquide amniotique est méconial.

La dilatation est complète à 20 h. 30.

L'accouchement a lieu spontanément.

Le dégagement se fait en occipito postérieure à 22 h. 10.

Fœtus macéré pesant 2.550 grammes.

Sortie du délivre à 22 h. 40. La délivrance a donc duré 10 minutes.

Le placenta pèse 410 grammes. Il présente de nombreux infarctus. La perte sanguine est normale.

21 septembre : La diurèse monte à 3.000 grammes.

La tension tombe à 13/8.

L'albuminurie est stationnaire à 3 gr. 0/00.

25 septembre :

Tension 13/8

Les troubles oculaires ont cessé.

Les volumineux œdèmes du début commencent à régresser.

4 octobre :

Albuminurie 1 gr. 0/00

6 octobre :

Albuminurie 0 gr. 50 0/00

7 octobre :

Albuminurie 0 gr. 40 0/00

La malade quitte le service.

25 janvier 1929 : Elle vient à nouveau se montrer à l'infirmerie. L'albuminurie, qui avait persisté jusqu'aux environs du 1^{er} janvier, a disparu. Les œdèmes également.

La malade va bien. Elle reprend du poids. Seules persistent des céphalées fréquentes.

Un examen d'urines, pratiqué aujourd'hui, montre :
Urée dans l'urine: 19 gr. 75 0/00.

Présence de sels biliaires.

Absence de pigments.

Coefficient de Maillard : 4,45.

La malade a été suivie pendant plusieurs mois par le Docteur Pigeaud. Elle a présenté une albuminurie intermittente, puis, un an après son accouchement, des troubles très nets d'insuffisance thyroïdienne (Docteur Delore).

OBSERVATION IV

(Obs. clin. 309, mars 1930)

Eclampsie lors d'une grossesse antérieure. Plusieurs fausses-couches pouvant faire penser à la spécificité, mais aucun élément de certitude n'a pu être obtenu à cet égard.

Apparition de l'albuminurie et des œdèmes à sept mois et demi de grossesse. Pas d'hypertension nette, pas d'hypérazotémie.

Eclampsisme.

Accouchement, un mois avant terme, d'un enfant vivant et vigoureux pesant 1.700 grammes et vivant à la sortie.

Disparition complète de l'albuminurie cinq jours après l'accouchement.

Mme G..., 41 ans, entre dans le service le 22 mars 1930 pour état prééclamptique.

Père en bonne santé.

Mère décédée à 50 ans d'affection indéterminée.

Deux frères bien portants.

Nourrie au sein.

Réglée à 14 ans.

Rétroversion à 30 ans.

Trois fausses-couches, en 1920, 1921 et 1922. Toutes trois à trois mois et demi.

En 1924 : Accouche d'un enfant vivant actuellement bien portant.

En 1925 : Cinquième grossesse non surveillée.

Eclampsie à la fin de septième mois.

Expulsion d'un prématuré. Assez vigoureux à la naissance, il meurt à 10 mois.

Disparition complète de l'albuminurie dix jours après l'accouchement.

Grossesse actuelle :

Dernières règles : 20 juillet 1929.

Accouchement probable : 25 avril 1930.

Apparition de l'albuminurie le 10 mars 1930.

A cette date s'installe un œdème généralisé avec céphalées et troubles de la vue.

21 mars : Sensation de barre épigastrique.

22 mars : Jour de l'entrée : Etat prééclamptique.

Tension 16/9

Urée sanguine..... 0 gr. 40 0/00

Diurèse 900 gr.

Examen des urines :

Pigments biliaires : néant.

Sels biliaires : traces.

Acétone : néant.

Chlorures : 2 gr. 45 0/00.

Chlorures : 2 gr. 45 0/00

Urée : 20 gr. 0/00.

Maillard : 8,32.

Examen obstétrical :

Tête fixée en O. I. G. A.

Les bruits du cœur fœtal sont nettement perçus.

25 mars : ACCOUCHEMENT.

Début des douleurs à 13 h. 45.

A 17 h. 50 :

Dilatation complète.

Rupture des membranes.

Liquide amniotique clair.

Accouchement spontané.

Dégagement en occipito pubienne.

A 17 h. 55 : L'accouchement est terminé.

La dilatation a duré 4 heures.

L'expulsion : 5 minutes.

A 18 h. 30 : Sortie du délivre.

La délivrance a duré 35 minutes.

La perte sanguine est insignifiante.

L'enfant, vigoureux, pèse 1.700 grammes.

Le placenta pèse 440 grammes.

Il présente de nombreux infarctus sur la face maternelle.

Diurèse 1.000 gr.

Albuminurie 8 gr. 0/00

Tension 16/9

26 mars (lendemain de l'accouchement) : Poussée fugace de psychose.

Diurèse 1.000 gr.

Albuminurie 4 gr. 0/00

Tension 13/8

29 mars :

Diurèse 2.200 gr.

Albuminurie traces

Tension 13/7,5

30 mars :

Diurèse 2.000 gr.

Albuminurie néant

B.-W. : négatif

L'albuminurie disparaît donc cinq jours après l'accouchement.

L'enfant pèse :

1.750 gr. à la naissance
1.600 gr. au 1^{er} jour
1.700 gr. au 5^e jour
1.800 gr. au 10^e jour
2.000 gr. au 16^e jour
2.300 gr. au 25^e jour

Le 22 avril : La mère et l'enfant sortent en bon état.

OBSERVATION V

(Obs. clin. 1157. Décembre 1928)

Eclampsie lors d'une grossesse antérieure.

Apparition de l'albuminurie et des œdèmes au 6^e mois.

Hypertension légère. Pas d'hyperazotémie.

Eclampsie majeure vers la fin du huitième mois.

Accouchement à huit mois d'un enfant vivant et vigoureux, pesant 1.350 grammes, sorti vivant du service.

Persistance d'une albuminurie légère à la sortie.

Mme H..., âgée de 27 ans, entre dans le service le 3 décembre 1929, pour prééclampsie au voisinage du terme.

Elle est au huitième mois de sa grossesse.

Elle a eu une première grossesse bien supportée, il y a cinq ans. L'enfant, né à terme, est actuellement bien portant.

..Une deuxième grossesse en janvier 1927.

Eclampsie grave à sept mois et demi. Devant la gravité des crises on provoqua le travail. La malade accoucha d'un enfant vivant, pesant 1.700 grammes, qui mourut 10 mois plus tard, de broncho-pneumonie. Dans les suites de couche, l'albuminurie disparut complètement.

La 3^e est la grossesse actuelle.

Dernières règles : 28 mars 1928.

Accouchement probable : 8 janvier 1929.

Les urines ont été analysées depuis le début de la gestation.

15 novembre 1928 :

De volumineux œdèmes apparaissent au niveau des membres inférieurs et au niveau de la face. Les paupières sont bouffies, mais l'albuminurie n'est pas encore apparue.

Elle apparaît le 23 novembre 1928.

Le 30 novembre :

Les œdèmes diminuent quelque peu sous l'action d'un régime sévère, mais on assiste à l'installation d'un syndrome prééclamptique, avec céphalées, vomissements, oligurie.

3 décembre :

Deux crises convulsives se produisent avec morsure profonde de la langue. La malade entre dans le service.

Les œdèmes molléolaires ont un peu rétrocedé, des troubles psychiques sont apparus qui font penser à la manie aiguë.

L'utérus est petit, du volume d'un utérus gravide de sept mois. Le fond utérin est au niveau de l'ombilic.

On perçoit nettement les bruits du cœur fœtal.

On trouve dans l'urine un léger disque d'albumine.

Chlore dans les hématies.....	1,864
Tension	15/12
Chlorure de sodium dans l'urine....	2 gr. 10 0/00
Sels biliaires dans l'urine.....	0
Pigments biliaires dans l'urine	0
Acétone	0
Coefficient de Maillard.....	11,25
Urée dans l'urine.....	13,75 0/00
Urée sanguine	0,45 0/00
Cholestérine	4,50
Chlore dans le plasma.....	3,608
Chlore d. le liquide céph.-rachidien	4,118

Chlore du liquide céphalo-rachidien
Rapport : $\frac{\text{chlore du plasma}}{\text{chlore du plasma}} = 1,21$

Réserve alcaline dans le plasma : 68.

Réserve alcaline dans le liquide céphalo-rachidien : 31,9.

Le 4 décembre 1928 :

On pratique une saignée de 500 grammes et une ponction lombaire décompressive. On donne 5 grammes de chloral.

Diurèse : 1.800 gr. Albuminurie : 7 gr. 0/00.

5 décembre.

Diurèse : 3.000 gr. Albuminurie : 3 gr. 0/00.

6 décembre.

Diurèse : 2.000 gr. Albuminurie : 3 gr. 0/00.

7 décembre.

Diurèse : 2.000 gr. Albuminurie : 4 gr. 0/00.

8 décembre.

Diurèse : 1.200 gr. Albuminurie : 5 gr. 0/00.

9 décembre.

Diurèse : 2.000 gr. Albuminurie : 3 gr. 0/00.

10 DÉCEMBRE. — ACCOUCHEMENT.

Après avoir passé une assez bonne nuit, la malade est brusquement prise de douleurs, à 4 heures du matin. A 7 heures, elle accouche spontanément d'un enfant vivant qui pèse 1.360 grammes.

Le placenta pèse 450 grammes et présente deux noyaux infarctoïdes sur la face maternelle.

La malade n'est pas trop fatiguée.

L'albuminurie tombe immédiatement à 0 gr. 80 0/00.

La tension est à 12/8.

Dans les jours qui suivent, la malade reste inquiète, anxieuse, et on redoute des troubles psychiques. Pourtant tout s'arrange. Elle quitte le service le 27 décembre. Elle va bien, mais il persiste une légère albuminurie.

L'enfant est vigoureux.

Il pèse 1.360 grammes à la naissance.

1.200 grammes au 4^e jour.

1.300 grammes au 14^e jour.

1.350 grammes au 17^e jour.

La mère allaite. On note un état satisfaisant à la sortie.

OBSERVATION VI

(Obs. clin. 386. Avril 1929)

Scarlatine dans l'enfance.

Albuminurie et œdèmes apparus dans le courant du septième mois.

Pas d'hypertension. Pas d'hypérazotémie.

Accouchement prématuré provoqué cinq jours avant terme.

Enfant vivant, sorti vivant du service.

Albuminurie persistant vingt jours après l'accouchement.

Mme M..., primipare, âgée de 25 ans, entre à la 2^e infirmerie, le 5 avril 1929, pour albuminurie apparue brusquement au septième mois de la grossesse.

Père mort alcoolique à 60 ans.

Mère en bonne santé.

Ni frère ni sœur.

Nourrie au sein maternel.

Réglée à 16 ans et régulièrement depuis.

A présenté une scarlatine à 16 ans.

Les dernières règles datent du 12 juillet 1928.

La date probable de l'accouchement est le 2 mai 1929.
5 avril 1929.

L'examen obstétrical montre :

Une tête fixée en O I G A.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus nettement. La

malade présente un gros œdème de la face et surtout des paupières.

Sels biliaires dans les urines	0
Albuminurie	2 gr. 0/00
Pigments biliaires	0
Acétone	0
Coefficient de Maillard....	12
B.-W.	négatif.
Tension	13/8
Urée sanguine	0 gr. 30 0/00

On prescrit un régime sévère, mais le taux de l'albuminurie continue à monter.

6 avril.

Diurèse	1.200 gr.
Albuminurie	2 gr. 0/00
Tension	13/8

7 avril.

Diurèse	2.000 gr.
Albuminurie	2 gr. 0/00
Tension	13/8

10 avril.

Diurèse	2.500 gr.
Albuminurie	2 gr. 0/00
Tension	13/8

13 avril.

Diurèse	2.500 gr.
Albuminurie	3 gr. 0/00
Tension	13/8

16 avril.

Diurèse	2.600 gr.
Albuminurie	3 gr. 0/00
Tension	13/8

18 avril.

Diurèse	2.800 gr.
Albuminurie	3 gr. 0/00
Tension	13/8

20 avril.

Diurèse	3.000 gr.
Albuminurie	3 gr. 0/00
Tension	13/8
Coefficient de Maillard....	12,14

22 avril.

Albuminurie	3 gr. 0/00
Tension	13/8
Coefficient de Maillard....	12,34

En somme, malgré le repos et le régime, l'état de la malade ne s'améliore pas.

On décide alors de provoquer l'accouchement.

24 avril.

Une première bougie est introduite à 11 heures.

25 avril.

Quelques douleurs apparaissent avec expulsion du bouchon muqueux.

26 avril.

On enlève la première bougie et on en introduit une nouvelle.

Le soir, la température atteint 38°.

On enlève cette deuxième bougie.

Le col est épais, perméable à deux doigts, la poche des eaux intacte, la tête amorcée en O.I.G.

On donne six grammes de chloral.

27 AVRIL. — ACCOUCHEMENT.

Les douleurs débutent à 10 heures.

Les membranes se rompent à 20 h. 30.

Le liquide amniotique est boueux et fétide en fin de travail.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus.

28 avril.

L'accouchement est terminé le 28 avril, à 7 h. 20.

Le dégagement se fait en occipito-pubienne.

La dilatation a duré 21 heures.

L'expulsion a duré 15 minutes.

L'enfant, du sexe féminin, naît étonné et pèse 2.600 grammes.

La sortie du délivre a lieu le 28 avril, à 7 h. 50, par refoulement.

Le placenta pèse 460 grammes et présente deux infarctus sur la face maternelle.

B.-W. négatif.

L'enfant s'élève difficilement dans les quinze premiers jours.

Il pèse 2.600 grammes à la naissance.

2.300 grammes au 4^e jour.

2.400 grammes au 5^e jour.

2.350 grammes au 13^e jour.

2.200 grammes au 15^e jour.

A partir du 15^e jour, il reprend du poids.

Il pèse 2.250 grammes au 16^e jour.

2.300 grammes au 17^e jour.

29 avril.

Albuminurie 0 gr. 40 0/00

30 avril.

Albuminurie 0 gr. 60 0/00

2 mai.

Albuminurie 0 gr. 50 0/00

4 mai.

Albuminurie 0 gr. 80 0/00

Coefficient de Maillard... 8,06

Pig. biliaires dans l'urine.. 0

Sels biliaires traces

5 mai.

Albuminurie 1 gr. 0/00

6 mai.

Albuminurie 0 gr. 25 0/00

9 mai.

Albuminurie 0 gr. 50 0/00

13 mai.

Albuminurie 0 gr. 20 0/00.

14 mai. — *Sortie.*

Albuminurie 0 gr. 20 0/00.

Maillard 8,06

Tension 10/7

CHAPITRE III

Analyse des faits observés

Dans ce chapitre, étant donné qu'au point de vue de la classification des albuminuries observées au cours de la grossesse, nos observations paraissent homogènes et exclusivement chlorurémiques, nous allons essayer de préciser quels sont les éléments de pronostic fournis par cette notion de chlorurémie pure (sans hypertension notable, et sans hyperazotémie), tant au point de vue de la mère, qu'à celui de l'enfant.

Au point de vue de la mère d'abord, nous allons étudier deux séries de faits pathologiques :

En premier lieu, nous verrons quels sont les accidents qu'il est classique d'attribuer à l'intoxication gravidique et que nous rangerons sous la dénomination d' « éclampsisme », accidents observés soit au cours de la grossesse, soit au moment de l'accouchement, soit pendant les suites de couches.

En deuxième lieu, nous chercherons quelle a été l'influence de la maladie de la mère sur la durée de la grossesse.

I. — Accidents observés chez la mère. Eclampsisme

Dans trois de nos observations nous n'avons constaté aucun accident chez la mère. Ces malades ont bien présenté quelques céphalées, de légers troubles sensoriels, mais à aucun moment elles n'ont pu être rangées dans la catégorie des prééclamptiques.

Trois autres, au contraire, ont présenté des accidents nets d'éclampsisme.

Dans deux cas il s'est agi d'un syndrome prééclamptique typique, sans qu'aucune crise convulsive caractéristique ait été constatée, et cela, sans doute, grâce au traitement énergique mis en œuvre dès le premier symptôme inquiétant.

La troisième malade, malgré le traitement, a présenté une éclampsie majeure avec crises convulsives répétées, dix jours avant l'accouchement.

Des accidents sensoriels ont habituellement coïncidé avec cet état d'éclampsisme, cependant ils n'ont pas été notés chez une de nos malades qui a présenté justement des crises convulsives. Par contre ils ont été nets chez deux autres malades prééclamptiques, et, chez l'une d'elles les troubles oculaires ont été jusqu'à une amaurose complète qui a duré 24 heures environ.

Toutes nos malades sont sorties du service avec un assez bon état général.

D'autre part, il est intéressant de savoir quelle a été l'évolution des symptômes après l'accouchement.

Les œdèmes ont presque toujours disparu d'une manière très rapide et, en lisant les observations, on se rend compte qu'à côté des œdèmes visibles qui permettent de classer les malades avant l'accouchement, il existe également une sorte d'infiltration cachée des tissus, infiltration qui ne se révèle dans quelques cas qu'à la suite de l'accouchement, lorsqu'on voit le taux de la diurèse être disproportionné à l'importance des œdèmes (diurèse de 3 litres dans plusieurs de nos observations).

Quant à l'albuminurie, il est habituel de voir son taux diminuer très vite chez ces malades, presque aussitôt après l'accouchement. La plupart d'entre elles voient leur albuminurie disparaître presque complètement dans le service, quelques-unes pourtant en ont encore une quantité notable à la sortie.

Nous avons, dans le tableau suivant, résumé les renseignements que nous possédons à cet égard, en comparant le taux de l'albuminurie avant l'accouchement à celui qu'on note deux ou trois jours après, et à celui présenté par la malade lors de sa sortie du service :

	Albuminurie avant l'accouchement	Albuminurie quelques jours après l'accouchement	Albuminurie à la sortie
Observation I . . .	4 gr.	1 gr. 80	nuage
Observation II. . .	3 gr.	0 gr. 20	0 gr. 75
Observation III . .	3 gr.	3 gr.	0 gr. 40
Observation IV . .	8 gr.	traces	0 gr.
Observation V. . .	3 gr.	0 gr. 80	nuage
Observation VI . .	3 gr.	0 gr. 40	0 gr. 20.

II. — Durée de la grossesse

Les femmes albuminuriques accouchent en général prématurément. Cette tendance à l'interruption de la grossesse est manifeste chez la plupart de nos malades.

Deux d'entre elles ont accouché à terme, et il est à noter que ce sont les deux seules dont l'enfant soit mort, aussi bien avant l'accouchement qu'au cours du travail.

Trois autres ont vu leur grossesse s'interrompre spontanément plus de quinze jours avant terme. Les trois enfants, naturellement de petit volume, sont nés vivants, et sont sortis vivants du service.

Quant à notre sixième malade, M. le Professeur Voron, devant la marche continue des accidents impressionnants qu'elle présentait, a jugé utile de mettre en œuvre un procédé d'interruption artificielle de la grossesse. Cette intervention a été couronnée de succès puisque l'enfant est né vivant et est sorti vivant du service.

Nous y reviendrons tout à l'heure, mais il semble évident, à la lecture des observations, que la vie de l'enfant est beaucoup plus compromise par la prolongation de la grossesse que par son interruption et que, par conséquent, l'accouchement prématuré provoqué est une thérapeutique logique qui mérite d'être discutée chez de telles malades.

Nous allons maintenant envisager le sort des enfants. Nous chercherons en même temps à voir si la capacité vitale de ces enfants, nés de mère malade,

est ou non en rapport avec les lésions placentaires constatées au moment de la naissance.

En considérant ces six observations, qui sont les seules rentrant dans le cadre des types chlorurémiques purs, recueillis à la clinique obstétricale pendant une période de trois ans, nous notons quatre fois la naissance d'un enfant vivant. Une fois l'enfant est mort *in utero* avant tout début de travail. Dans la sixième observation, l'enfant est mort au cours du travail, mais il s'est agi d'un accouchement dystocique, terminé par une application de forceps pénible et il est vraisemblable que cette mort, si elle est bien imputable en partie à la maladie de la mère, doit être aussi sous la dépendance d'un traumatisme au cours du travail.

Les quatre enfants nés vivants, et qui, du reste, sont sortis vivants du service et relativement en bon état, pesaient à la naissance et à la sortie, les poids suivants:

	A LA NAISSANCE	A LA SORTIE
Observation II	1.650 gr.	1.750 gr.
Observation IV	1.700 gr.	2.300 gr.
Observation V.	1.360 gr.	1.350 gr.
Observation VI	2.600 gr.	2.300 gr.

En ce qui concerne ces deux derniers résultats qui ont l'air, à priori, mauvais, on remarque que ces enfants qui pesaient moins à la sortie du service, qu'à la naissance étaient pourtant en bon état lorsqu'ils ont quitté la clinique, et en pleine reprise de poids, après une chute exagérée.

On remarque à nouveau que les deux enfants morts,

qui pesaient l'un 3.600 grammes, l'autre 2.550 grammes, sont nés au voisinage du terme, alors que les quatre enfants nés vivants et sortis vivants du service sont nés prématurément. Trois spontanément, l'autre à la suite d'une interruption artificielle de la grossesse. Tous ces enfants, nés vivants, même les plus petits, et nous en avons un de 1.360 grammes se sont montrés vigoureux. Il est très évident que l'avenir d'enfants aussi petits inspire de grandes craintes. Mais il n'en est pas moins vrai que dans ces formes chlorurémiques pures, il semble que la prolongation de la gestation comporte, pour l'enfant, un danger considérable et lui fait courir des risques plus grands que la naissance avant terme, même lorsque celle-ci a pour conséquence un poids très inférieur à la normale.

Il paraît donc légitime, et c'est ce qui semble découler de la lecture de nos observations, de discuter chez de telles malades la mise en œuvre, en temps opportun, d'un accouchement prématuré provoqué. Nous avons remarqué que souvent, les phénomènes naturels se chargeront eux-mêmes d'interrompre spontanément la grossesse, avant que l'on ait eu des raisons suffisantes pour intervenir.

Nous avons relevé également dans nos observations les lésions qu'a présenté le placenta à la suite de chacun de ces six accouchements.

Nous noterons simplement, parce qu'aucune conclusion ferme ne peut en être tirée, que tous les placentas sans exception ont présenté des infarctus de date ancienne ou récente.

La lecture des observations ne permet pas en général de se rendre un compte exact de l'étendue des lésions dans chaque cas ; aussi est-il impossible de tirer de cette étude des renseignements possédant quelque valeur.

Conclusions

I. — Nous avons relevé, au cours d'une période de trois ans, parmi les malades ayant séjourné à l'infirmerie de la Clinique obstétricale, six observations de femmes ayant présenté au cours de leur gestation une albuminurie associée à des signes manifestes de rétention chlorurée, sans hyperazotémie, et sans hypertension notable. Il s'agit de malades que l'on peut classer dans le grand groupe des albuminuriques, comme appartenant au type chlorurémique pur.

II. — Au point de vue étiologique, on ne trouve chez ces malades aucun signe certain d'atteinte rénale ancienne.

Dans deux cas on se trouve en présence d'une albuminurie récidivante au cours de deux grossesses successives.

Dans un cas la femme est suspecte de spécificité.

On peut donc dire que, le plus souvent, les accidents dont témoignent l'albuminurie et la chlorurémie, apparaissent au cours de la grossesse chez les femmes normales et exemptes de toute tare rénale antérieure à la gestation.

III. — Au point de vue des accidents qu'il est classique de mettre sur le compte d'une intoxication gravidique, et qui rentrent dans le groupe de l'éclampsie, nous noterons la fréquence des accidents prééclamptiques et éclamptiques, ainsi que des troubles sensoriels graves qui ont été observés chez 50 % de nos malades.

Cependant, dans tous les cas, les malades se sont trouvées très améliorées après l'accouchement et sont sorties du service en bon état, avec une diminution considérable du taux de l'albuminurie et une disparition complète des œdèmes.

Il semble donc que si la forme chlorurémique prédispose aux accidents relevant de l'éclampsie, la gravité de ces accidents chez de telles malades, qui encore une fois ne présentent ni hypertension notable, ni hyperazotémie, est bien moindre que celle constatée chez des femmes présentant au cours de la gestation une albuminurie accompagnée d'hypertension.

IV. — Le plus souvent l'accouchement a eu lieu spontanément de façon très prématurée (plus de quinze jours avant terme). Dans ces cas, l'enfant, de poids très inférieur à la normale, est toujours né vivant, et est sorti vivant du service.

Deux fois sur six, l'accouchement s'est déroulé au voisinage du terme : les deux enfants sont morts, l'un avant l'accouchement, l'autre au cours du travail.

Il semble donc que, chez de semblables malades, le pronostic fœtal ne soit pas particulièrement sombre puisque quatre enfants sur six sont nés vivants et vigoureux malgré leur faible poids.

Le pronostic doit, du reste, pouvoir être amélioré par la mise en œuvre opportune d'une interruption de la grossesse, l'expérience semblant montrer que la prolongation de la gestation est plus dangereuse pour l'enfant que la naissance avant terme.

Vu :
LE DOYEN,
JEAN LEPINE.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
VORON.

Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 21 Novembre 1931.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
A. LIRONDELLE

Bibliographie

- DESJACQUES. — *Th. Paris*, 1919-1920. Etude du fonctionnement rénal chez les femmes enceintes albuminuriques.
- GEREST. — *Th. Lyon*, 1913. Avortement dans les albuminuries gravidiques.
- GROSSE ET MOISNARD. — *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, avril 1928.
- HOFSTEIN. — Azotémie de la gestation. *Gynécologie et Obstétrique*, 1931, tome I, page 57.
- JEANNIN. — Pronostic des albuminuries au cours de la gestation. Leçons du jeudi soir de la clinique Tarnier, 1929.
- LEMIERRE. — Leçons de la clinique Baudelocque, 1923-1924.
- LEPAGE. — Pronostic éloigné de l'albuminurie chez les femmes enceintes. *Annales de Gynécologie*, 1912, page 577.
- MATHIEU. — *Th. Paris*, 1927. Néphrites chroniques et gestation.
- MOLEYRE. — *Th. Lyon*, 1931. Dix observations d'albuminurie avec hypertension au cours de la grossesse.

PIGEAUD ET THIERS. — Contribution à l'étude pathogénique de l'Eclampsie.

— *Comptes rendus de la Société de Biologie*, tome XCVIII, page 1348.

PIGEAUD. — Apparition d'un syndrome prééclamptique chez une Brightique plusieurs jours après la mort du fœtus in utero. *Lyon Médical*, 17 février 1929, page 196.

VALÉRY-RADOT. — *Th. Paris*, 1917-1918. Les méthodes d'exploration du fonctionnement rénal dans les néphrites chroniques.

VINAY. — *Traité des maladies de la grossesse et des suites de couche.*

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE PREMIER	9
CHAPITRE II. — Observations.....	17
CHAPITRE III. — Analyse des faits observés....	37
Accidents observés chez la mère. Eclampsisme.	38
Durée de la grossesse.....	40
CONCLUSIONS	45
BIBLIOGRAPHIE	49



BOSC FRÈRES, M. & L. RIOU

00 00 IMPRIMEURS - ÉDITEURS 00 00

00 42, QUAI GAILLETON, 42 00

00 00 00 00 LYON 00 00 00 00



